

LA VIOLENZA CHE NON RISPARMIA LA GRAVIDANZA

Antonella Liverani¹, Teresa Ilaria Ercolanese², Enrico Valletta²

¹Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Équipe Multidisciplinare Percorso Nascita, Forlì

²UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni", AUSL della Romagna, Forlì



La violenza contro le donne è sempre esistita ed è stata accettata in silenzio per secoli. Non conosce distinzioni culturali e sociali, confini geografici, appartenenza religiosa, etnia o età. La dipendenza e la remissività contrapposte al dominio maschile hanno segnato storicamente un'ineguaglianza creando il solco della discriminazione tra uomini e donne, un mondo nel quale la supremazia maschile era un assioma, una legge naturale e divina. Nella nostra realtà, solo un terzo delle donne vittime di violenza considera le aggressioni subite un reato¹. La paura domina ancora la scena, e imprigiona pensieri e comportamenti. In Italia ogni anno vengono uccise 100-120 donne da parte di uomini a loro legati da rapporti affettivi². Un numero molto più elevato ha rischiato la morte e decine di migliaia, ogni anno, sono vittime di angherie fisiche, psicologiche o sessuali³.

Le tante facce della violenza

La violenza contro le donne identifica ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare una sofferenza o un danno fisico, sessuale o psicologico, incluse la minaccia o la coercizione della libertà sia nella vita pubblica che in quella privata⁴.

Violenza fisica: consiste nell'uso della forza, fino alle conseguenze estreme, finalizzata a costringere una persona ad agire o subire un dato comporta-

mento. Talvolta può essere esercitata in modo più sottile, ad esempio verso gli animali o gli oggetti anziché direttamente verso il proprietario ed è comunque dimostrazione di forza e crudeltà.

Violenza sessuale: identifica la costrizione fisica o la coazione psicologica della vittima a compiere o a subire atti di natura sessuale. È violenza sessuale anche solo essere costretti a restare passivi osservando azioni libidinose o sessuali senza esserne direttamente coinvolti.

Violenza psicologica: si esprime attraverso comportamenti che incidono sulla volontà e sulla libertà morale della vittima, condizionandone il comportamento. Ogni mortificazione della dignità personale, l'umiliazione, l'isolamento, l'insulto, tutto ciò che lede l'identità e l'autostima è violenza psicologica.

Violenza economica: consiste in forme di controllo sull'autonomia e sulla disponibilità economica della donna attraverso il controllo dello stipendio, impedendo qualsiasi decisione in merito alle finanze domestiche, il divieto o la costrizione a lavorare.

Femminicidio: è l'esito più grave del maltrattamento, spesso conseguenza ultima di reiterate violenze psicologiche, fisiche e sessuali. La criminogenesi del fenomeno segue quasi sempre una spirale, nella quale intimidazioni, ricatti, insulti, isolamento e terrore indeboliscono e confondono la donna. A

poco a poco, la vittima vede ridursi il proprio pensiero autonomo, la capacità critica e, in un piano di realtà ormai confuso, scambia i propri bisogni e desideri con quelli del partner: in questa ambiguità, perde la coscienza di ciò che sta subendo e delle conseguenze a cui lei e i figli possono andare incontro. Quando la donna comincia a ribellarsi e delinea la possibilità di andarsene, l'uomo percepisce una perdita di controllo su di lei e sulla relazione che li tiene insieme. Questa rottura non gli permette di tollerare e di gestire l'abbandono e il comportamento violento può manifestarsi in un crescendo di gravità. Il femminicidio non è, pertanto, un evento esclusivamente riconducibile alla malattia mentale, ma piuttosto un esito estremo volto a sancire il potere dell'uomo prima sulla vita e, infine, sulla morte della compagna.

La donna maltrattata, l'uomo violento

Le condotte di maltrattamento sulla donna non necessariamente sottendono quadri psichiatrici definiti nell'uomo, prevalendo la storia personale, la condizione socio-economica del momento, tratti peculiari di personalità o un'impulsività marcata. Non c'è una diretta relazione tra malattia mentale e violenza sulle donne. Ci sono, invece, evidenti connessioni tra condotte violente e uso/abuso di sostanze e di alcol che possono slatentizzare l'impulsività, aumentandone significativamente i rischi. Ci sono aspetti alla base del funzionamento dell'uomo e della donna che parrebbero sottendere un interesse, un bisogno, un'attenzione, ma che possono tradursi in forme di controllo e di comportamento che minano il rispetto e la dignità dell'altro. La forma più pura di gelosia patologica - ovvero la convinzione delirante di essere traditi - non si accompagna quasi mai ad altri sintomi ed è da ricondursi più a una fragilità emotiva che alla mera trasformazione psicotica della realtà. Si riscontra, perciò, in persone che non hanno una patologia psichiatrica, ma che sull'onda della rabbia scatenata dal presunto tradimento, commettono atti violenti. Occorre riflettere anche sulla cosiddetta *perversione relazionale* per meglio comprendere un fenomeno che non è sempre ed esclusivamente riconducibile a una psicopatologia maschile. È un terreno infido, razionalmente poco comprensibile, come *un tarlo*



che lavora da sotto e che solca silenziosamente un male non manifesto o non riconosciuto. Occorre, quindi, partire dalla *confusione* nella quale la donna rimane intrappolata, almeno finché il sistema relazionale patologico non entrerà in crisi. È una confusione in cui viene minata la capacità del pensiero, il senso critico, la significatività delle cose e si fa largo, in modo subdolo, una distorsione in cui si perdono le coordinate interne e la stessa capacità di fidarsi delle proprie percezioni. Questo è il nucleo in cui si insinuano il male e la perversione della relazione. Si finisce con non distinguere più i limiti che definiscono il giudizio di realtà, tutto diventa dubbio e *corrotto* e si cercano risposte che rimbalzano tra sensi di colpa, paura di essere una persona sbagliata fino a convincersi di essere una persona malata.

Storie di violenza in gravidanza

Anna. Ha 33 anni e la conosciamo al Percorso Nascita alla 22^a settimana. La gravidanza decorre regolarmente e alla 32^a settimana la donna si rivolge al Consultorio. Da circa due mesi soffre di crisi di ansia e attacchi di panico e quindi si concorda una consulenza psicologica. Anna è laureata e attualmente disoccupata. Convive con il padre del bambino, infermiere, con cui ha una relazione da meno di un anno. La coppia presenta aspetti di fragilità, che la paziente attribuisce genericamente a "difficoltà di comunicazione" e che potrebbero ricondursi alle tappe evolutive della coppia stessa: dalla fase di conoscenza alla gravidanza e alla convivenza trascorrono solo pochi mesi. La donna riferisce di frequenti discussioni e litigi. È arrabbiata con il compagno per l'uso/abuso di alcol che lo avrebbe portato a reazioni "irruenti e violente" con condotte aggressive fino ad afferrarle i polsi o le braccia, lasciandole i segni. Anna ha informato i propri genitori ed è tornata a casa loro per qualche giorno. I genitori si mostrano disponibili ad accoglierla, ma al contempo la invitano a modificare il suo modo di porsi nei confronti del compagno.

Già dai primi colloqui il quadro depone per un disturbo d'ansia all'interno di una dinamica di coppia marcatamente disfunzionale e si propone, quindi, una presa in carico della donna e/o della coppia. Dopo questa proposta e in occasione di una ennesima crisi d'ansia, il compagno preferisce portarla in un altro Pronto Soccorso (PS), evitando il contatto con l'ospedale di riferimento. L'uomo è reticente a qualunque tipo di percorso psicologico e preferirebbe che alla compagna fosse prescritta "qualche goccia di ansiolitico".

Alla 37^a settimana di gravidanza viene ricoverata per scarso accrescimento fetale e tracciato non rassicurante che portano a un parto cesareo. Durante il puerperio la donna recupera gradualmente una buona stabilità emotiva che le consente di rendersi autonoma negli accudimenti, e appare affettivamente coinvolta nella relazione con il bambino. Altrettanto si osserva nel comportamento del padre che mantiene una presenza e una partecipazione costante rivolta alla coppia madre-bambino.

Leela. Ha 35 anni, è di origini indiane e vive in Italia da 10 anni. È stata ricoverata in Ostetricia per percosse e tentativo di violenza sessuale da parte del



marito. È alla 26^a settimana della seconda gravidanza e ha un'altra figlia di 5 anni. Dal colloquio emerge una condizione di maltrattamenti e umiliazioni che nell'ultimo anno hanno portato a ripetuti accessi in PS con intervento delle Forze dell'Ordine e presa in carico da parte del Centro antiviolenza e dei Servizi sociali. Questi ultimi, in modo integrato, avevano già proposto l'inserimento di madre e bambina in una struttura protetta.

Dal punto di vista psicologico la donna si mostra lucida e dotata di un pensiero critico ed emancipato. Racconta che il loro è un matrimonio combinato dalle famiglie di origine e che il marito è suo cugino di primo grado. Sono sposati da 12 anni. La sudditanza nei confronti del marito è una condizione che culturalmente lei riconosce e accetta, ma di fronte alla propria opposizione ad accogliere in casa anche il fratello del marito e la suocera la conflittualità di coppia si è aggravata. Ci sono state ripetute percosse, offese e gravi mortificazioni. Il marito la definisce una "puttana", la vuole sempre disponibile a rapporti sessuali e, al contempo, le chiede espressamente di lasciare la casa perché il loro rapporto di coppia è finito. La figlia ha ripetutamente assistito agli episodi di violenza. Leela accetta di sporgere denuncia nei confronti del marito e si affida a un percorso concordato di protezione al momento della dimissione dall'Ostetricia.

Odile. Ha 29 anni, è alla terza gravidanza, è sposata ed entrambi i coniugi sono del Burkina Faso. Lei è in Italia da sette anni, lui da dieci. Il marito soffre di un grave disturbo psichiatrico. È stato ricoverato recentemente per reazioni di tipo paranoide con vissuti persecutori, pensiero delirante e gravi azioni impulsive. È stato fortemente stressato dalla perdita del lavoro e ha manifestato episodi psicotici transitori con allucinazioni. Nel corso di questa gravidanza, Odile ha sperimentato ripetuti episodi di maltrattamento, con violenze fisiche e minacce verbali. Nell'ultimo ha riportato una frattura al braccio e ha sporto denuncia. È stato quindi impostato un progetto di tutela, con l'inserimento in una casa protetta insieme ai due figli. Nelle ultime fasi della gravidanza il marito ha cercato di riavvicinarla con modalità non consentite, e questo ha richiesto l'adozione di precauzioni supplementari per evitare ulteriori contatti. È stato ottenuto un alloggio di emergenza per lei e per i figli; Odile è stata avviata

a un tirocinio formativo per un futuro inserimento lavorativo. Il marito, nel frattempo, è rientrato in Africa.

Gianna. Ha 26 anni e convive da un anno con un compagno di tre anni più giovane. Lui lavora e saltuariamente fa uso di alcol e sostanze. Quando lui non è a casa la porta dalla madre, che tratta la figlia come fosse ancora una bambina, in un equilibrio da sempre molto fragile.

Gianna è fisicamente debilitata, è cresciuta solo 2 kg in sei mesi di gravidanza, ha episodi sincopali, è afflitta e angosciata. La gravidanza non era stata da lei programmata né desiderata e viene vissuta con rabbia. Riconduce questa condizione a una forma "di obbligo" a cui il compagno l'ha sottoposta, prima con la sospensione dell'anticongiunzionale e poi minacciandola di lasciarla. La famiglia di Gianna l'ha sconsigliata di ricorrere a una interruzione volontaria di gravidanza connotandola come "peccato". La ragazza, che si è trovata di fronte a un'imposizione del compagno e a un atteggiamento vacuo dei genitori, ora non trova via di uscita e orienta le sue angosce al momento del parto, con tratti fobici nei confronti di un possibile parto naturale. Gianna ha un disturbo *borderline* di personalità con angosce abbandoniche ed è stata recentemente ricoverata per ideazione suicidaria. Si aggiungono violenze fisiche da parte del compagno, con percosse che la portano al PS ostetrico e che vengono segnalate all'Autorità Giudiziaria. Sottostà a pressioni psicologiche e atteggiamenti ricattatori di fronte ai quali la ragazza è accondiscendente e succube, corrispondendo alle richieste di tagliarsi i capelli, di non portare trucchi o smalto e di non frequentare più le amiche. C'è una morbosa gelosia del suo passato e lei rimane nell'*incastrato*, incapace di difendere se stessa e la propria volontà. Non traspare una buona sintonia con la gravidanza né emergono le preoccupazioni materne primarie ed è evidente una certa difficoltà di mentalizzazione. L'intervento della Questura nei confronti del compagno ne ha mitigato i comportamenti aggressivi e ha indotto i genitori di Gianna ad adottare un atteggiamento più protettivo e accudente nei confronti della figlia.

La violenza in gravidanza: la donna, il feto, il bambino

Dalle storie descritte è evidente che variabili come l'età, l'etnia, la condizione economica o culturale non sono in alcun modo discriminatorie. Altresì, emergono alcune costanti alle quali dovremmo prestare più attenzione. I disturbi d'ansia, gli attacchi di panico, l'eccessiva preoccupazione o la bassa considerazione per l'andamento della gravidanza, la continuità tra i maltrattamenti subiti in famiglia e quelli che si realizzano nella vita di coppia, la stessa gravidanza intesa non come progetto consapevole ma piuttosto come *elemento di unione* di una coppia già vulnerabile, sono spesso l'espressione *sentinella* di un disagio sommerso riconducibile a condizioni di maltrattamento. Non sempre la famiglia della donna sa cogliere lo stato di sofferenza e le sue origini, finendo con il mantenere una posizione ambigua. Sembrano esserci massicci

meccanismi difensivi anche nei familiari, che si mostrano miopi di fronte a una situazione potenzialmente pericolosa e tendono a leggere l'exasperazione della donna come modalità da correggere, in quanto elemento scatenante del conflitto. Questa condizione imprigiona il *grido* della donna e la pone di fronte al dubbio.

Il rischio di essere vittima di femminicidio aumenta di ben 3 volte per le donne vittime di abusi durante la gravidanza⁵. La particolare condizione di vulnerabilità in cui si trova la donna in questo frangente, nel quale è emotivamente e fisicamente meno autonoma, diventa il momento in cui il sopravvento maschile guadagna terreno e si esprime in termini di controllo e potere. Un terzo dei casi di violenza inizia durante la gravidanza e, nei due terzi dei casi, continua anche dopo. La gravidanza in condizioni di maltrattamento va considerata a rischio ed è un evento più comune di patologie quali il diabete gestazionale, i difetti del tubo neurale, la placenta previa e la gestosi.

La violenza può esprimersi con la mortificazione e l'indifferenza rispetto a un corpo che si modifica e per questo meno attraente, il controllo dell'accesso al cibo, la limitazione nelle scelte che riguardano le cure prenatali o il parto, il costringere al lavoro o al contrario il negarlo, o l'obbligo a rapporti sessuali. Le violenze fisiche sono spesso dirette al ventre, ai genitali e al seno. Elementi di allarme sono l'uso di alcol da parte del partner, la gelosia patologica e il sospetto di infedeltà, il vedere il bambino come un intruso nella relazione, il provare avversione per i cambiamenti fisici della donna. Sono ulteriori fattori di rischio: la gravidanza indesiderata, la giovane età (tra i 16 e i 19 anni il rischio aumenta di circa 3 volte), l'isolamento dalla famiglia di origine, le scarse relazioni sociali, l'appartenenza a gruppi etnici migranti e, non ultimo, una storia di violenza precedente.

Il movimento psichico che la donna fa nel corso della gravidanza e nel *post-partum* (lo spostamento narcisistico dalla coppia al bambino) è insito nella maturazione del Sé materno che non esclude il partner, ma ne promuove la crescita. L'uomo può

avvertire tale maturazione come una minaccia o la perdita di una condizione di privilegio all'interno della coppia, in cui attenzioni e accudimenti non sono più rivolti a lui ma spostati sul bambino. Ci sono fragilità narcisistiche che, in questa fase, si acquisiscono e rendono l'uomo violento.

I rischi per la salute della donna e del feto e per l'esito della gravidanza sono molteplici e gravi, ma anche il bambino può essere pesantemente coinvolto (*Tabella I*)⁶. Nelle donne maltrattate si verificherebbero, addirittura, alterazioni epigenetiche dei telomeri, responsabili di un precoce invecchiamento cellulare e di un possibile incremento delle neoplasie (mammella, cervice uterina, endometrio e ovaio)⁷. Analoghe modificazioni telomeriche sono state riscontrate in bambini e giovani adulti sottoposti a eventi stressanti nel corso della vita intrauterina, con possibili esiti a lungo termine sul loro sviluppo fisico e psichico⁸. La violenza domestica nei bambini traccia un cambiamento delle funzioni cerebrali simile a quello riscontrabile nel cervello dei soldati durante il combattimento e determina uno stato di allerta e ipersensibilità a possibili minacce o pericoli⁹.

Perché le donne subiscono? Perché non si difendono?

La scelta di coppia include che anche la donna si orienti verso una relazione dove, inconsciamente, ritrova parti di sé. Spesso ha già avuto esperienza di maltrattamenti e persevera passivamente nel ruolo dell'abusata. Nei confronti dell'uomo manifesta acquiescenza e collusione, fino ad atteggiamenti di protezione e di autosvalutazione in cui è lei stessa l'incapace e la colpevole. È questo il nucleo sul quale si fonda la relazione e che rinforza da un lato la sua idea di non valere nulla e dall'altro l'idea che lui sia fragile e sfortunato.

Passare da una condizione di passività a una posizione attiva implica un processo elaborativo che permette alla donna di uscire dall'insignificanza, di recuperare un pensiero critico e una consapevo-

ALCUNE POSSIBILI CONSEGUENZE DALLA VIOLENZA IN GRAVIDANZA

Per la donna	Per il feto	Per il bambino
<ul style="list-style-type: none"> • Iperemesi • Perdite ematiche precoci • Dolore addomino-pelvici • Rottura d'utero • Distacco di placenta • Disturbi del comportamento alimentare • Scarso incremento del peso • Infezioni genito-urinarie • Traumatismi • Ritardi nell'assistenza • Morte • Disturbi del sonno • Disturbi d'ansia • Abuso di psicofarmaci, alcol e fumo • Depressione • Disturbo posttraumatico da stress • Ideazione e tentativi suicidari 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliabortività • Morte fetale • Prematurità • Basso peso alla nascita 	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi d'ansia • Ridotto quoziente intellettivo • Uso di alcol e droghe in adolescenza • Condotte antisociali • Vittima o autore di violenze • Tendenze suicidarie

Tabella I

lezza di sé e della condizione in cui si trova. Il tentativo di uscire da questa situazione può esprimersi con la richiesta, spesso vaga e indiretta, di un aiuto sanitario per problemi fisici o psicologici. È questo un primo movimento della donna, molto delicato e non ancora definito, nel quale il sospetto del sanitario può iniziare a prendere forma. La prudenza con cui l'indagine viene condotta ha la funzione di tenere un canale aperto, offrendo sin da subito alla donna una sponda a cui affidarsi. È qui che iniziano a rompersi quelle difese collusive e perverse con cui la coppia si è tenuta insieme fino a quel momento. Il passaggio attivo per uscire dalla relazione è una forma di tradimento nei confronti dell'uomo, la rottura delle difese e lo smascheramento di un funzionamento patologico. Da questo momento in poi la donna è in una condizione di rischio ancora maggiore.

L'imprevedibilità dell'uomo che inizia ad avvertire la perdita di potere e di controllo può tradursi in condotte sempre più pericolose. La donna, già profondamente danneggiata, attraversa una dimensione marcatamente ambivalente. È un tempo di sospensione in cui si dilania la volontà di uscire e l'angoscia della perdita, mista al terrore che il peggio possa accadere. Queste donne portano all'attenzione di medici e ostetriche disturbi da attacchi di panico, manifestazioni ansiose con fobie associate, sintomi ossessivi e compulsivi, alterazioni del sonno, disturbi dell'umore e le più svariate forme di somatizzazione. L'obiettivo, a questo punto, è guidare la donna in quel misterioso salto tra lo psichico e il somatico per acquisire la consapevolezza e la motivazione a uscire dalla condizione di maltrattamento, a cui dovrà far seguito la forza e la capacità di portare avanti la propria difesa.

Gravidanza, maltrattamento e percorso nascita

I Servizi di accompagnamento della gravidanza, i cosiddetti Percorsi Nascita, devono mantenere alta l'attenzione al tema della violenza sulla donna in gravidanza come fattore di rischio e aggravante. Nella nostra esperienza la multidisciplinarietà e la collaborazione di diversi Servizi socio-sanitari ha consentito di intercettare e affrontare situazioni di particolare fragilità e disagio, emerse nel corso della gravidanza e nelle fasi successive al parto¹⁰. In questo ambito, e avendo ben chiara la rilevanza dell'obiettivo per la salute psico-fisica della donna e del bambino, la formazione del personale sanitario deve essere accurata e continuamente ravvivata¹¹. Attorno a questo nucleo di competenze, la rete di aiuto e protezione offerta dai Servizi sociali, dai Servizi antiviolenza e dagli Organi di polizia e giudiziari consentirà di individuare percorsi personalizzati di sostegno e di messa in protezione della madre e del bambino.

Ringraziamenti

Restituire dignità e senso a una vita che si prepara a dare vita è un lavoro complesso. Niente è sufficiente a se stesso. La forza, la coscienza, la professionalità dei diversi Operatori sono il motore di interventi che concorrono a sostegno e a tutela della donna e del suo bambino. Medici e infermieri del Pronto Soccorso, ginecologi e ostetriche dell'UO di Ostetricia-Ginecologia e del Consultorio Salute Donna, pediatri e infermieri dell'UO di Pediatria - Neonatologia, operatori del Servizio Sociale Tutela Minori, del Centro Donna e del Terzo Settore sono parte integrante della Équipe Multidisciplinare a cui rivolgiamo la nostra gratitudine. All'impegno e all'operatività delle Forze dell'Ordine va la nostra riconoscenza.

Il presente lavoro è tratto dalla tesi "Storie di violenza in gravidanza. Le dimensioni psicopatologiche nelle relazioni di coppia e gli aspetti giuridici in ambito di tutela" di Antonella Liverani, Master di II livello in Criminologia e Psichiatria Forense, Università degli Studi della Repubblica di San Marino, AA 2015-16.

Indirizzo per corrispondenza:

Antonella Liverani

e-mail: antonella.liverani@auslromagna.it

Bibliografia

1. ISTAT. La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014. www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf
2. EuRES. ANSA. 2 gennaio 2015. www.ansa.it
3. Baldry AC. La violenza domestica: il lato oscuro della famiglia. In: Barbagli M. La criminalità in Italia. Bologna: ed. Il Mulino, 2003.
4. United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. 20 Dicembre 1993. www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm
5. McFarlane J, Campbell JC, Watson K. Intimate partner stalking and femicide: urgent implication for women's safety. *Behav Sci Law* 2002;20:51-68.
6. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;133:269-76.
7. Humphreys J1, Epel ES, Cooper BA, et al. Telomere shortening in formerly abused and never abused women. *Biol Res Nurs* 2012;14:115-23.
8. Entringer S, Epel ES, Kumsta R, et al. Stress exposure in intrauterine life is associated with shorter telomere length in young adulthood. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011; 108:E513-8.
9. McCrory EJ, De Brito SA, Sebastian CL, et al. Heightened neural reactivity to threat in child victims of family violence. *Curr Biol* 2011;21(23):R947-8.
10. Liverani A, Valletta E, Ercolanese TI. L'équipe multidisciplinare in ambito materno-infantile: uno strumento di intervento socio-sanitario integrato. *Quaderni acp* 2014;21:260-3.
11. Mauri EM, Nespoli A, Persico G, Zobbi VF. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery* 2015;31:498-504.